EPAULE DOULOUREUSE

DR A.BOUKABOUS
SERVICE RHUMATOLOGIE
CHU BENI MESSOUS

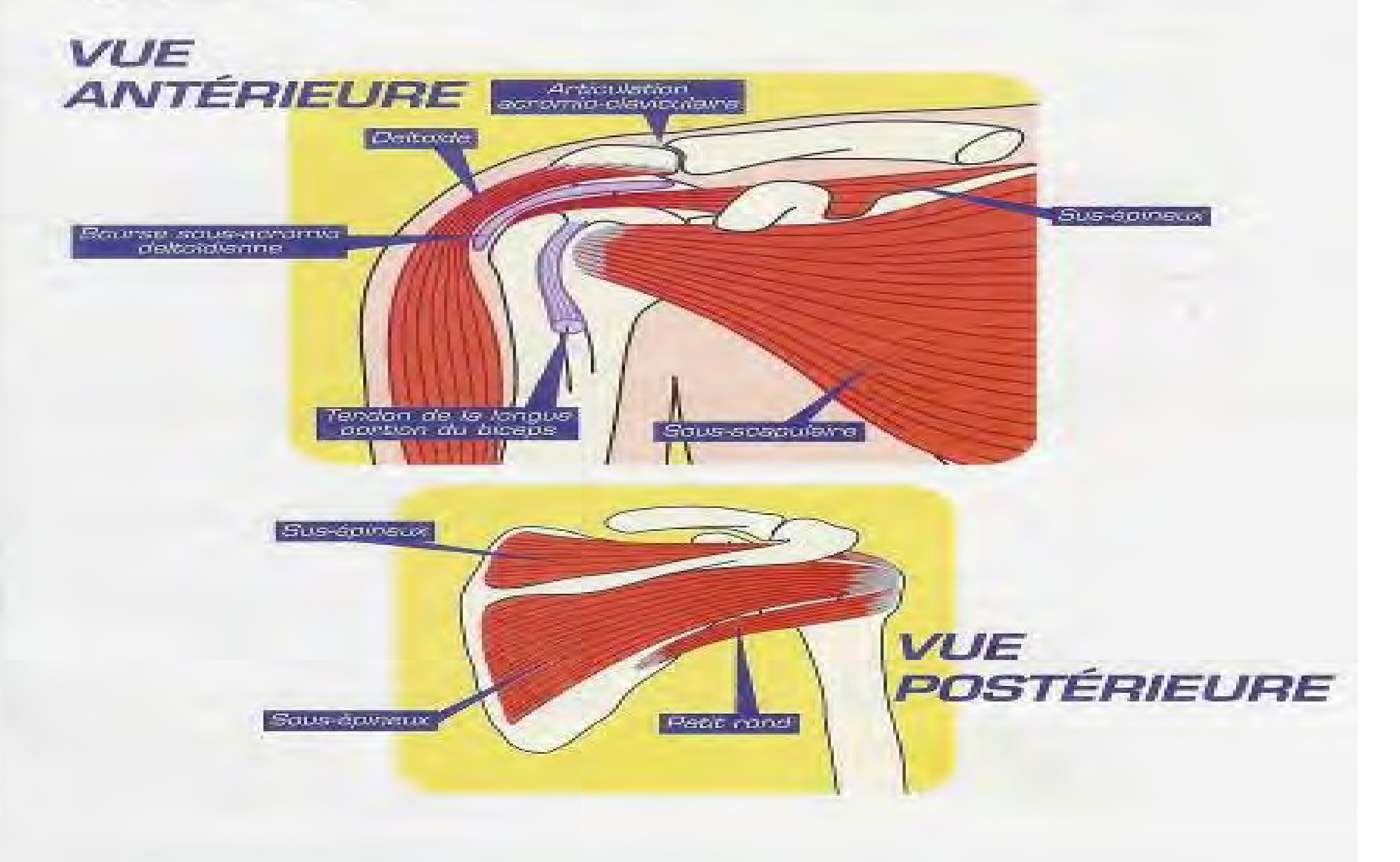
INTRODUCTION

- L'épaule douloureuse est un motif fréquent de consultation en médecine générale.

- La pathologie douloureuse non traumatique de l'épaule recouvre évidemment toute la pathologie articulaire (arthrite, arthrose, algodystrophie), mais cette articulation tire sa particularité de l'importance de la pathologie abarticulaire liée à des lésions de l'appareil ligamentaire de la coiffe des rotateurs.

RAPPEL ANATOMIQUE

La coiffe des rotateurs assure une action de recentrage et de coaptation de la tête humérale dans la glène, donc une action stabilisatrice.
La coiffe comprend : le sus-épineux, le sous-épineux, le petit rond, le sous-scapulaire et la longue position du biceps.



EXAMEN DE L'EPAULE

A- L'INTERROGATOIRE.

- précise l'âge du patient,
- le statut professionnel et sportif,
- Les circonstances d'apparition de la douleur, son irradiation, son caractère diurne ou nocturne,
- la limitation des amplitudes articulaires, et surtout le degré de gêne fonctionnelle

B-L'EXAMEN CLINIQUE DE L'EPAULE.

1. L'inspection.

- L'épaule est examinée sur un sujet debout ou assis.
- On recherche une tuméfaction de l'épaule, une anomalie des reliefs osseux, une amyotrophie en particulier du sus épineux et ou du sous épineux.

2. La palpation.

- La localisation de la douleur ne permet pas de préjuger de la topographie des lésions de l'épaule sauf pour l'acromio claviculaire.

3. Les amplitudes articulaires passives puis actives :

- L'élévation antérieure ou **antépulsion 180 degré**.
- L'extension ou **rétro pulsion 50 degré.**
- **La rotation externe 80 degrés** et **la rotation interne 90 degré**
- **L'abduction de 180 degré** et **l'adduction de 45-50 degré.**

- **La manoeuvre main nuque** que l'on teste en demandant au patient de mettre la main derrière le cou aussi bas que possible. (rotation externe).

- **La manoeuvre main dos** que l'on teste en demandant au patient de mettre la main dans le dos aussi haut que possible. (rotation interne).

- Si toutes les amplitudes passives sont diminuées par rapport au côté opposé l'examen clinique fait d'emblée suspecter une capsulite rétractile

4. Le testing tendineux.

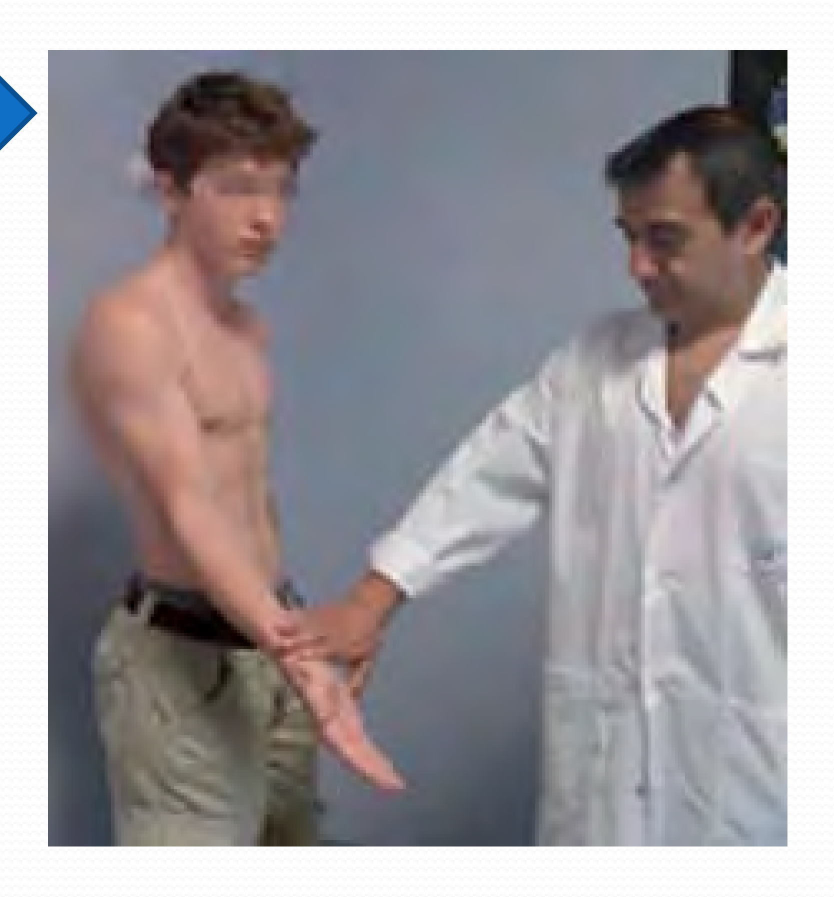
- Chaque tendon de la coiffe des rotateurs est testé individuellement sauf le petit rond qui est assimilé au sous épineux en tant que rotateur externe.

Le sous scapulaire (rotateur interne) testé par le TEST DE GERBER - LIFT OFF TEST :

- Le sujet est assis ou debout met la main dans le dos et essaie de maintenir décollée la main du plan du dos que l'examinateur a mis en hyper rotation interne.
- En cas de lésion du sous-scapulaire le sujet ne peut maintenir le position et la main part comme un ressort.



Le long biceps** qui est élévateur antérieur est testé **par « le PALM UP TEST » :



- On effectue ce test en élévation antérieure contrariée .Les bras sont en anté pulsion à 90 degré et en rotation externe les paumes de mains dirigées vers le haut et on demande au sujet de faire une élévation antérieure en contrariant ce mouvement.
- Une rupture du long biceps peut être facilement visible par la présence d'une boule à la face antérieure du bras.

***Le sus épineux** qui est abducteur est testé par « **la MANOEUVRE DE JOBE** »*

- Bras à 90 degré d'abduction, en rotation interne donc pouce tourné vers le bas et ramené à 30 degré en avant (dans le plan de l'omoplate).
- L'examinateur exerce une poussée vers le bas à laquelle le patient tente de résister



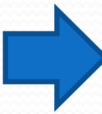
Le sous épineux et le petit rond** (rotateurs externes) testés par « **LE TEST DE PATTE » :

- En rotation externe les coudes à 90 degré de flexion, bras en abduct 90 degré.
- Le médecin tente d'abaisser l'avant bras par un mouvement de rotation externe contre résistance



5. Signes de conflit sous acromiaux (test de Neer, Hawkins et Yocum) :

<u>LE TEST DE NEER</u>.





- L'examinateur se place derrière le patient qui est debout. La rotation de l'omoplate est prévenue par une main tandis que l'autre élève passivement le bras du sujet en avant, produisant à la fois une abduction et une flexion antérieure, créant ainsi un conflit entre le trochiter ou tubercule majeur et le bord antéro inférieur de l'acromion et une douleur élective reconnue par le patient.

TEST DE HAWKINS.

- L'examinateur est devant le patient. Il élève le bras du sujet jusque 90 degré et imprime un mouvement de rotation interne à l'articulation en abaissant l'avant bras ce qui déclenche une douleur en cas de conflit sous acromial.



TEST DE YOCUM.

- Le sujet place sa main sur son épaule opposée et on demande au sujet de lever son coude sans lever l'épaule ce qui déclenche la douleur en cas de conflit sous acromial (entre le trochiter et le ligament acromio-coracoidien puis avec une éventuelle ostéophytose inférieure de l'acromion.).

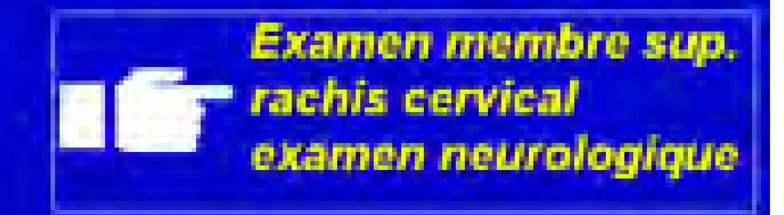


Diagnostic étiologique

A- Pathologies sous l'appellation "périarthrite scapulo humérale" :

Les 3 premières étant le plus souvent secondaire d'un conflit sous acromial.

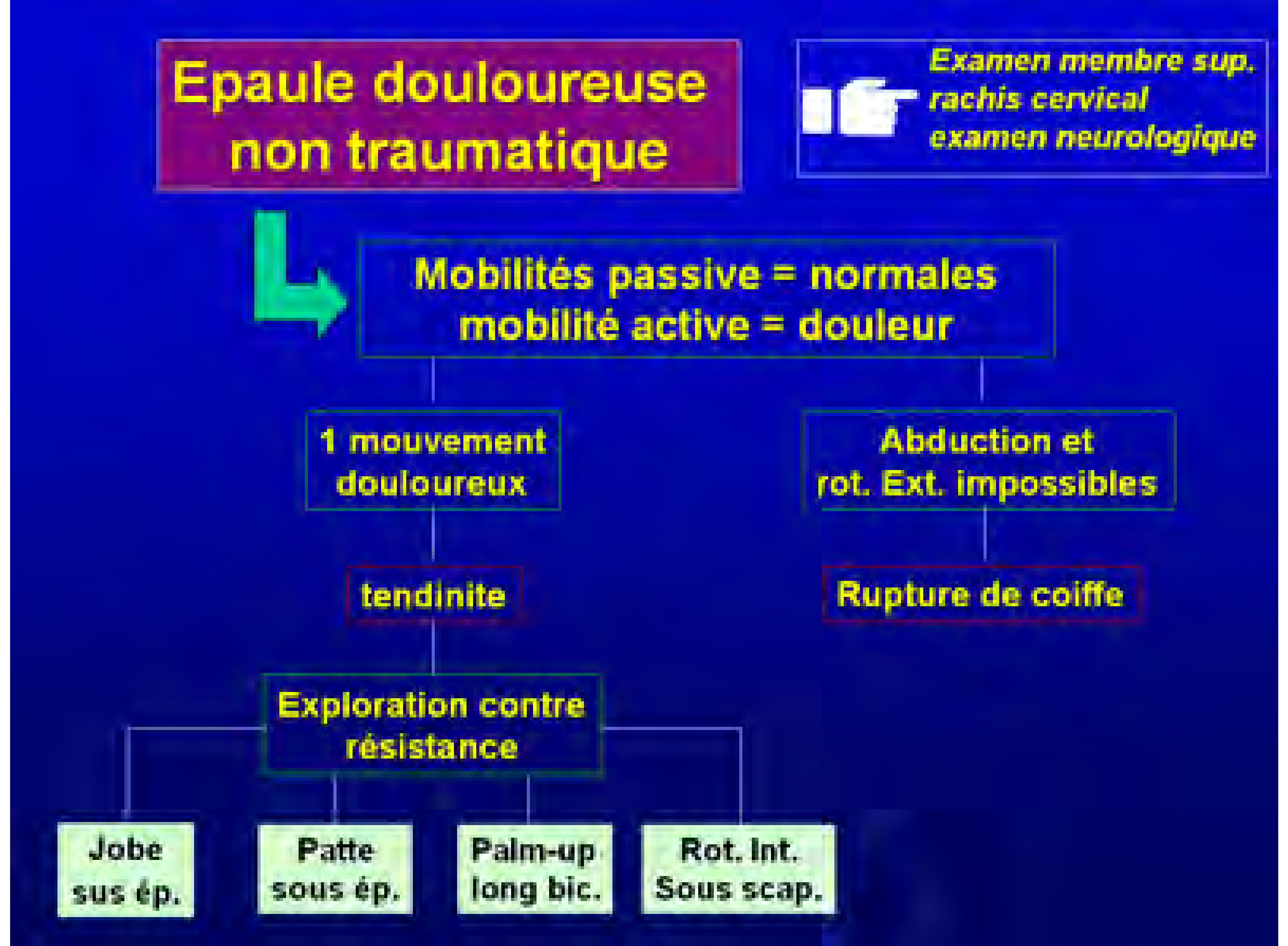
- 1-Les tendinites : Epaule douloureuse simple= tendinite du sus épineux, du long biceps par surmenage articulaire sportif ou professionnel
- 2-Epaule douloureuse aiguë hyperalgique.
- 3-Les perforations de la coiffe des rotateurs
- 4-Les capsulites rétractiles (tableau d'épaule gelée)

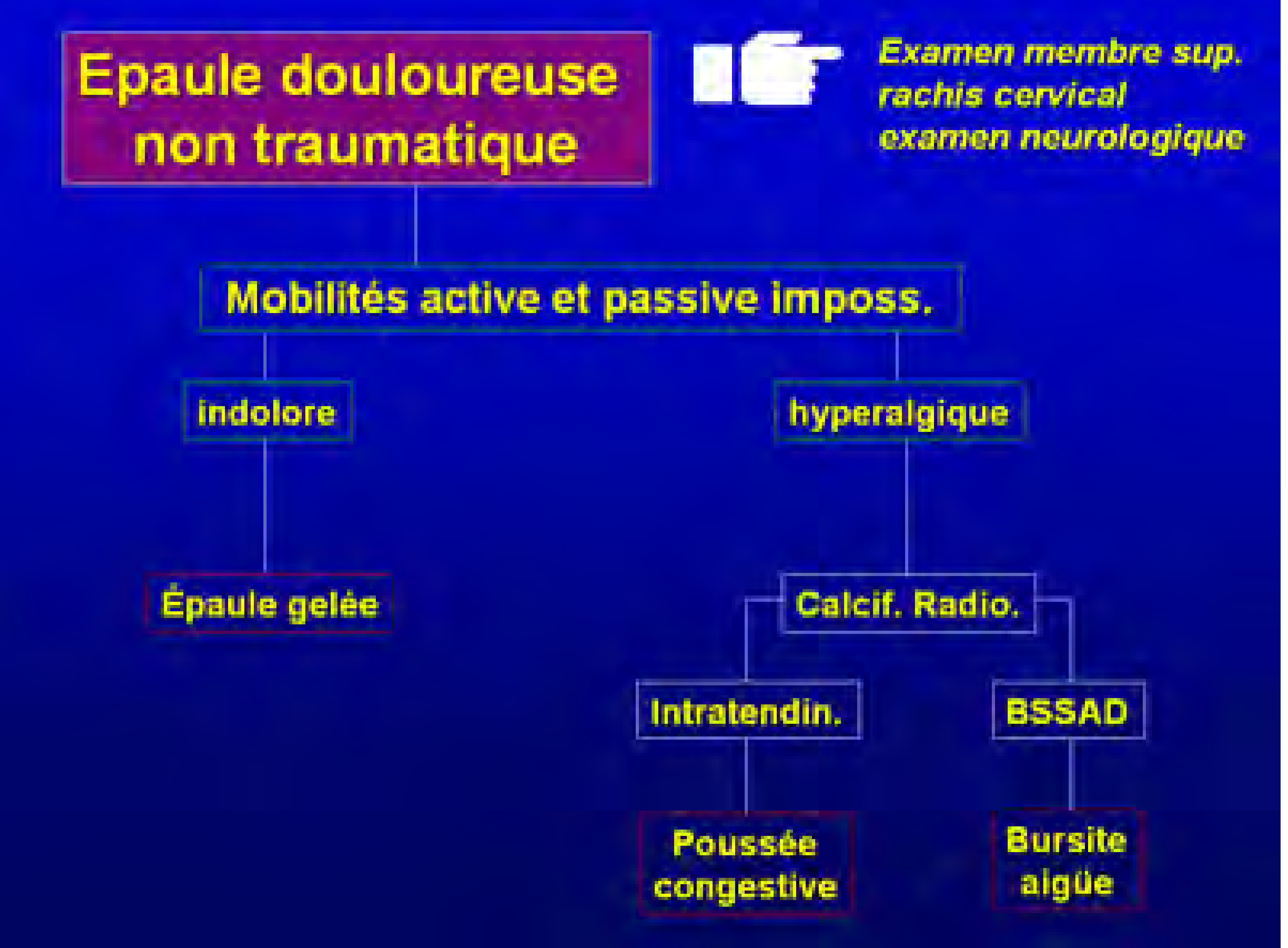


Epaule douloureuse non traumatique

Mobilités active / passive normales

- Epaule douloureuse instable
- Arthropathie acromioclaviculaire
- Atteinte neurologique microtraumatique


Epaule douloureuse
non traumatique
Examen membre sup.
rachis cervical
examen neurologique
Mobilités passive = normales
mobilité active = douleur
1 mouvement
douloureux
Abduction et
rot. Ext. impossibles
tendinite
Rupture de coiffe
Exploration contre
résistance
Jobe
sus ép.
Patte
sous ép.
Palm-up
long bic.
Rot. Int.
Sous scap.


Epaule douloureuse
non traumatique
Examen membre sup.
rachis cervical
examen neurologique
Mobilités active et passive imposs.
indolore
hyperalgique
Épaule gelée
Calcif. Radio.
Intratendin.
BSSAD
Poussée
congestive
Bursite
aigüe

B Comme toutes les articulation l'épaule est le siège de pathologies variées:

- Arthrite septique: Douleur et impotence fonctionnelle importante, ATCD d'infiltration ou geste local Signes généraux+++ (T° AEG Sueurs nuit ...)

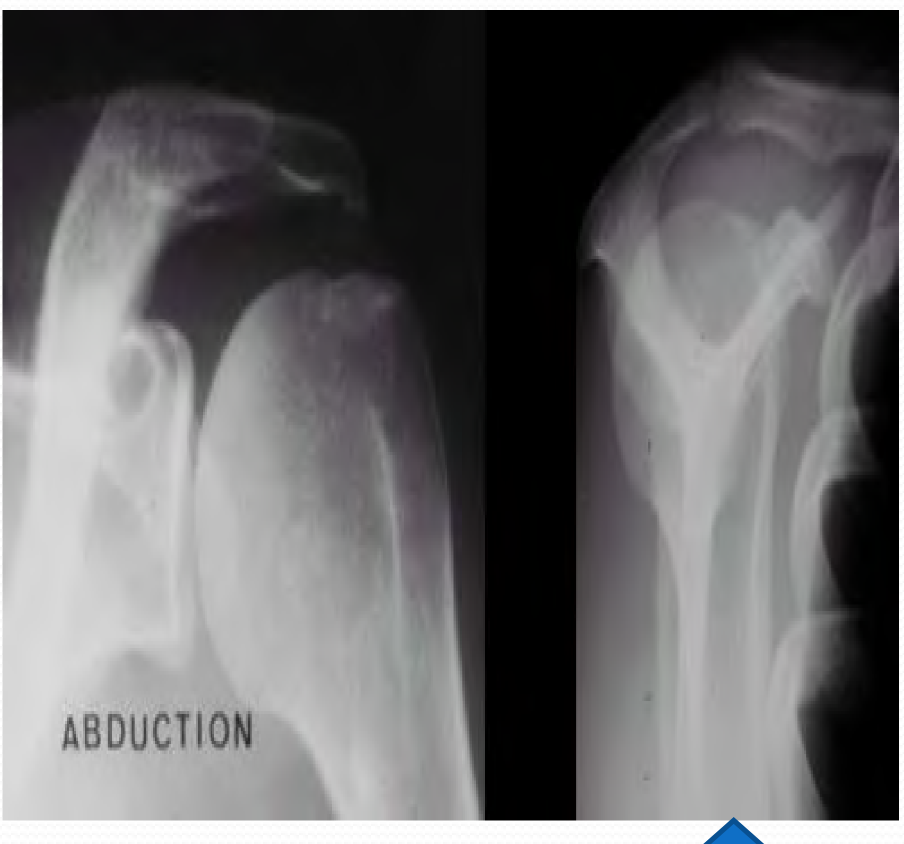
- Rhumatisme inflammatoire (PR, SPA, Rhum. psoriasique,...)

- PPR

- Arthrites microcristallines

RADIOLOGIE





RADIO DE L'EPAULE NORMALE DE FACE EN ROTATION NEUTRE

RADIO DE L'EPAULE NORMALE DE PROFIL(AXIAL DE COIFFE)

ALGONEURODYSTROPHIE



EPAULE RHUMATOIDE



Nette diminution de l'espace sous-acromiale en abduction

Calcification du tendon supra-épineux

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

1. Douleur à projection scapulaire

- Angor et IDM (épaule gauche)
- Colique hépatique (épaule droite)
- Pancréatite aigue (épaule gauche)
- Pleurésie

2. Syndrome de Parsonage-Turner

- Radiculonévrite inflammatoire aiguë
- Amyotrophie moignon de l'épaule, fosses épineuses
- Antécédent récent infectieux, vaccinal ou traumatique

3. Atteinte tronculaire

- Nerf sus-scapulaire (douleur postérieure,réveillée à la pression du bord postérieur de l'omoplate , amyotrophie des supra et infra-épineux)
- Nerf grand dentelé (décollement de l'omo-plate en antépulsion)
- Nerf circonflexe (hypoesthésie du moignon)

4. Névralgie C5-C6

- Douleur reproduite par les mouvements du rachis cervical
- Paresthésies radiculaires systématisées
- Abolition réflexe bicipital
- Hypoesthésie, déficit moteur

5. Lésion osseuse de voisinage

- Tumeur épiphysiaire primitive
- Métastase épiphysaire
- Maladie de Paget
- Ostéite humérale
- Fissure de côtes ou fracture

Donc, il est nécessaire de réaliser un :

- Examen du rachis cervical
- Examen neurologique complet
- Examen du membre supérieur dans sa globalité

TRAITEMENT

- Repos articulaire
- AINS pendant 2 semaines associé a un antalgique en fonction de l'intensité de la douleur
- Infiltrations de corticoïdes en cas d'échec des mesures précédentes ou d'emblée dans la bursite
- Ponction-aspiration-trituration d'une calcification symptomatique
- Rééducation (glace, ultra son , ...)
- Chirurgie: indication exceptionnelle(rupture complète chez le sujet jeune)